POSKYTOVATEĽ ZS (vyplní ošetrujúci zdravotnícky pracovník):

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ (az egészségügyi dolgozó tölti ki):

**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta**

**Tájékoztatás és az oltandó személy tájékoztatáson alapuló írásos beleegyezése**

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

a Tt. 576/2004 sz. törvény 6. § szerint

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:  Az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személy utó- és családi neve: | | | | | .................................................................... |
| rodné číslo:  személyi szám: | .................................................................. | | | | |
| bydlisko (ulica, číslo domu, miesto, PSČ):  lakhely (utca, házszám, község, PISZ): | | ........................................................................................................................................ | | | |
| tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie):  tel. sz./email (utóvizsgálatra történő berendelés esetén): | | | | ....................................................................................... | |
| kód / názov zdravotnej poisťovne:  az egészségbiztosító kódja / megnevezése: | | | .................................................................. | | |
| Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:  Újkeletű nehézségek, esetleg betegség jelei és más anamnéziai adatok: | | | | | |
| ............................................................................................................................................................................................................................. | | | | | |
| ............................................................................................................................................................................................................................. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:**  Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) obsahuje oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia. | **A javasolt (tervezett) diagnosztikai és kezelési eljárás:**  Az oltóanyagot két adagban adják be. Az oltóanyag (vakcina) gyengített vírust tartalmaz, ami rövid ideig tartó vírusfehérje-termelődést vált ki. Az oltóanyag beadása úgy jellemezhető, mint a vírus bemutatása a beoltandó személy immunrendszerének, ami ellenanyag-termelést vált ki és a betegség ezt követő kialakulását megakadályozó további mechanizmusokat kapcsol be. |
| Dolu podpísaný/á | Alulírott |
| ........................................................................................................................................................................ | |
| potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska: Veľkokapacitné očkovacie centrum).  Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.  Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovanými diagnostickými výkonmi **súhlasím** – **nesúhlasím**.\* Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.  Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať vo Veľkokapacitnom očkovacom centre bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu vo Veľkokapacitnom očkovacom centre trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á. | aláírásommal megerősítem, hogy tájékoztattak a javasolt diagnosztikai kezelés jellegéről, amelynek megelőzési célból vetem alá magam, valamint szintén tájékoztattak a lehetséges következményeiről és veszélyeiről (a beadott vakcina mellékhatásai közzé lettek téve az. ún. Írásos betegtájékoztatóban, amely a www.sukl.sk oldalon és a Tömeges Oltópont helyiségeiben található meg).  Szintén tájékoztattak a javasolt eljárások választási lehetőségeiről és az elutasítás veszélyeiről. A tájékoztatás érthető, körültekintő, kényszerítés nélküli volt, lehetőséget és kellő időt kaptam a szabad döntésre. A tájékoztatást megértettem.  Aláírásommal megerősítem, hogy a javasolt diagnosztikai eljárásokkal **egyetértek** – **nem értek egyet.\*** A jelen beleegyezést tiszta tudattal, szabadon és komolyan adom.  Ha a fenti megelőző diagnosztikai-kezelési eljárást kapacitásbeli hiányosságok okán nem lehet a Tömeges Oltóponton végrehajtani, kijelentem, hogy bár a fenti eljárás végrehajtható más egészségügyi létesítményben is, a szóban forgó eljárás Tömeges oltóponton való végrehajtásához ragaszkodom és kész vagyok várni a számomra kijelölt időpontig. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| V | ..................................................................................................... | -ban/ben, dňa | ...................................... | napján |

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................................................................................................ | |
| Podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná  starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)  a podpis a odtlačok pečiatky lekára | Az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személy (esetleg törvényes képviselőjének) aláírása  és az orvos aláírása és bélyegzője |